

RAMON CASTRO REIS

**PERFIL DEMOGRÁFICO, CLÍNICO E CIRÚRGICO
DE UMA SÉRIE DE 65 HERNIORRAFIAS FEMORAIS
REALIZADAS NO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS,
EM FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA, ENTRE
JULHO DE 1979 E AGOSTO DE 2003**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2005**

RAMON CASTRO REIS

**PERFIL DEMOGRÁFICO, CLÍNICO E CIRÚRGICO
DE UMA SÉRIE DE 65 HERNIORRAFIAS FEMORAIS
REALIZADAS NO HOSPITAL FLORIANÓPOLIS,
EM FLORIANÓPOLIS, SANTA CATARINA, ENTRE
JULHO DE 1979 E AGOSTO DE 2003**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina**

Coordenador do Curso de Medicina: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima

Orientador: Prof. Dr. Armando José d'Acampora

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2005

Reis, Ramon Castro.

Perfil demográfico, clínico e cirúrgico de uma série de 65 herniorrafias femorais realizadas no Hospital Florianópolis, em Florianópolis, Santa Catarina, entre julho de 1979 e agosto de 2003 / Ramon Castro Reis. – Florianópolis, 2005.

46p.

Orientador: Armando José d'Acampora.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Medicina.

1. Hérnia femoral. 2. Hérnia inguinal. 3. Hérnia. 4. Cirurgia. 5. Epidemiologia. I. Título.

“Não há serviço maior do que curar ou aliviar o sofrimento.
A medicina é, verdadeiramente, a arte divina”.

Taylor Caldwell (em Médico de Homens e de Almas, 1998)

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, cujo suor poupou o meu, mantendo-me estudando;
Aos meus familiares, cujas expectativas serviram de estímulo a continuar;
Ao povo brasileiro, cuja árdua contribuição mantém a Universidade gratuita;
E a Deus, fonte de luz e inspiração dos outros e de tudo.

AGRADECIMENTOS

Ao professor doutor Armando José d'Acampora, cuja paciência e o auxílio facilitaram a construção deste trabalho;

Ao professor doutor Paulo Fontoura Freitas, pelo amparo estatístico e por ajudar a reformular muitos dos aspectos obtusos do texto e dos dados;

Ao professor doutor Carlos Eduardo Andrade Pinheiro, pela vontade de ensinar e fazer o bem, constante em sua vida;

Aos meus colegas de classe e amigos Adauto Wanderley da Nóbrega Junior, Christopher William Teixeira Miller e Pedro Geisel Santos, que por tantas vezes me proporcionaram conforto, estímulo e reflexão.

Aos funcionários do SAME do HF Paulo César Capistrano, Elaine de Abreu Borges, Margarete Isabel Araújo Jacoby, Vânia Pedrini e Maria Eliete da Silva Dutra pelos préstimos na intrincada localização dos prontuários.

SUMÁRIO

RESUMO.....	vii
SUMMARY	viii
1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA.....	1
2. OBJETIVO.....	12
3. MÉTODO.....	13
4. RESULTADOS.....	15
5. DISCUSSÃO.....	22
6. CONCLUSÕES.....	33
7. NORMAS ADOTADAS.....	34
8. REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICE.....	37

RESUMO

A hérnia femoral ou crural projeta-se através do canal femoral. Representa de 5 a 10% das hérnias no ser humano. É adquirida, tendo como fator predisponente a menor inserção da parede inguinal posterior ao ligamento pectíneo e como fator desencadeante a elevação da pressão intra-abdominal. Não assume grande volume e encarcera em proporção maior que as hérnias inguinais. O tratamento é cirúrgico, apresentando três vias de abordagem: femoral (técnicas de Cushing, Marcy e Bassini), inguinal (técnica de Lotheissen) e pré-peritoneal (técnicas de Cheatle-Henry e de McEverdy); com ou sem uso de tela. O objetivo deste trabalho foi caracterizar as herniorrafias femorais realizadas no Hospital Florianópolis de 1979 a 2003 demografica, clinica e cirurgicamente. Foi construído um protocolo com base na literatura para coletar os dados e foram analisados os prontuários dos operados. Utilizou-se o teste do χ^2 como método estatístico, considerando-se significativo $p < 0,05$. Foram 61 pacientes, 3 operados de 2 hérnias e 1 re-operado após recidiva, totalizando 65 herniorrafias. Observou-se predileção por mulheres, acima dos 30 anos; pela ocorrência primária, à direita, sem hérnias associadas e com omento ou intestino delgado como o principal conteúdo do saco herniário. Quase metade das operações foi em caráter de urgência/emergência. Os indivíduos com mais de 60 anos foram mais operados dessa forma ($p=0,0619$), tiveram mais estrangulamento herniário ($p=0,0221$) e mais doenças concomitantes ($p=0,0007$) que os mais jovens. A técnica de Lotheissen sem uso de tela foi a de eleição, com taxa de recorrência baixa no pós-operatório imediato.

Palavras-chave: 1. hérnia femoral. 2. hérnia inguinal. 3. hérnia. 4. cirurgia. 5. epidemiologia.

SUMMARY

Femoral (or crural) hernias project through the femoral canal. They represent 5 to 10% of all human hernias. Acquired in nature, they are predisposed by lesser posterior inguinal wall insertion into the pectineal ligament and precipitated by increase in intraabdominal pressure. Femoral hernias do not undergo significant volumetric expansion and encarcerate more often than inguinal hernias. Treatment is surgical, with three possible approaches: femoral (the Cushing, Marcy, and Bassini techniques), inguinal (the Lotheissen technique), and preperitoneal (the Cheatle-Henry and McEverdy techniques); with or without use of a mesh. This study's objective was to characterize femoral herniorrhaphies performed at Florianópolis Hospital from 1979 to 2003 from demographic, clinical, and surgical standpoints. A protocol was elaborated based on available literature to collect data and patient charts were analysed. The χ^2 test was utilized as a statistical method, $p < 0.05$ being significant. Patient total was 61, 3 having underwent double hernia repair and 1 undergoing reintervention due to recurrence, totalizing 65 herniorrhaphies. Predilection was encountered for the following: female sex, age over 30 years, no prior history, right-sided, no associated herniations, and omentum or small intestine as most frequently herniated sac content. Nearly half the operations were urgent or emergent in nature. In individuals over 60 years of age, when compared to younger patients, more repairs were of the aforementioned nature ($p=0.0619$), a greater incidence of strangulation was noted ($p=0.0221$), and more concurrent diseases were present ($p=0.0007$). The adopted approach was the Lotheissen technique, with a low recurrence rate during the immediate postoperative period.

Key words: 1. femoral hernia. 2. inguinal hernia. 3. hernia. 4. surgery. 5. epidemiology.

1. INTRODUÇÃO E REVISÃO DE LITERATURA

A hérnia é conceituada como uma “passagem, parcial ou total, de um ou mais órgãos ou formações anatômicas, através de orifício patológico ou tornado patológico, de sua localização normal para outra anormal”¹ ou a “protrusão anormal de um órgão ou de uma parte de um órgão através da parede de contenção de sua cavidade, habitualmente a cavidade abdominal, além dos seus limites normais”².

A hérnia femoral ou crural é “a hérnia que envolve o canal femoral (...) e cujo colo situa-se inferiormente ao ligamento inguinal (de Poupart) e lateralmente ao tubérculo púbico”². O saco herniário situa-se entre a margem livre do ligamento inguinal reflexo (de Thomson) medialmente e o contorno medial da veia femoral lateralmente^{3,4}.

As primeiras referências ao tratamento das hérnias da região inguinal remontaram a 1552 a.C., descritas em papiros egípcios como o de Ebers, onde a conduta era não-cirúrgica⁵.

No século XVIII ocorreu aprofundamento dos conhecimentos anatômicos da região inguinal e, com grande probabilidade, Percival Pott foi o primeiro a sugerir a origem congênita da doença herniária⁵.

No 76º ano do século XIX Annandale foi, segundo se crê, o primeiro a utilizar o acesso superior para a hérnia femoral^{6,7,8}.

Socin foi pioneiro ao descrever o acesso femoral para a hérnia femoral⁸. Ele relatou, em 1879, 7 casos tratados somente com a ressecção do saco herniário, sem a reparação da parede; Ochsner, em 1906, sustentou o mesmo ponto de vista⁶.

Em 1888 Cushing apresentou a sua técnica, que consistiu em tamponar o canal femoral com o excedente de saco herniário e fechá-lo mediante uma sutura que utilizou o ligamento inguinal, a fáscia pectínea e a margem falciforme do hiato safeno^{6,7}.

Marcy (1892) preocupou-se com a importância de se extirpar o saco peritoneal⁶. Ele realizou uma sutura iniciando no ligamento inguinal, passando pelo ligamento lacunar (de Gimbernat), pela fáscia pectínea e pela margem falciforme do hiato safeno, emergindo novamente no ligamento inguinal para a feitura do nó⁹.

No mesmo ano Ruggi foi quem passou a utilizar o ligamento pectíneo (de Cooper) para qualquer tipo de reparo das hérnias^{7,8,10}.

Surgiu então a descrição de Bassini (1894), quando publicou sua técnica, apesar de ser utilizada por ele desde 1884. Diferia de Cushing pois, ao invés de utilizar o saco herniário para tamponar o canal femoral, ligava o seu colo e ressecava o restante⁷. O reforço ocorria por dupla sutura entre os ligamentos inguinal e lacunar e a fáscia pectínea, e 5 suturas da margem falciforme do hiato safeno à fáscia pectínea^{8,9}.

Passados 4 anos, em 1898, Lotheissen, ao operar uma hérnia inguinal recidivada na qual a extremidade medial do ligamento inguinal não foi muito resistente para a reparação, levou o tendão conjunto até o ligamento pectíneo pela primeira vez na história. Descobriu-se, com isso e por acaso, que se podia cerrar o canal femoral pela via inguinal utilizando as referidas estruturas^{6,7,8}. Apesar disso, foi McVay quem difundiu e popularizou tal prática, a ponto de ser chamada hoje de “técnica de McVay”^{5,7,8}.

Em 1907 Moschcowitz discordou do ponto de vista de Socin e Ochsner, afirmando que a simples ressecção do saco herniário, sem o reforço da parede, era ineficiente⁶.

Cheatle em 1921 passou a utilizar o acesso pré-peritoneal. Henry também fez uso desse acesso, mas por uma incisão mediana suprapúbica⁸.

Em 1927 Keynes informou que, de 10 pacientes tratados apenas com extirpação do saco herniário, sem reforço da parede, 6 recidivaram precocemente. Esses dados, juntamente com os de Fergusson em 1937, reforçaram o ponto de vista de Moschcowitz, proscrevendo essa técnica⁶.

Na década de 40 MacVay demonstrou que os limites superior e medial do anel femoral não eram formados pelos ligamentos inguinal e lacunar respectivamente, na verdade estruturas superficiais, mas sim pela parede posterior do canal inguinal (formada pela aponeurose do músculo transverso do abdome e pela fáscia transversal), estrutura mais profunda. Dessa maneira recomendou que o reparo da hérnia femoral fosse feito unindo-se a parede posterior do canal inguinal ao ligamento pectíneo, restaurando assim a anatomia normal da região⁸.

No 60º ano do século passado Nyhus usou uma incisão transversa 2 dedos acima da margem superior do púbis, expondo o anel femoral por um acesso pré-peritoneal. Ele reduziu, ressecou o saco herniário e suturou o trato iliopúbico (faixa de Thomson) ao ligamento pectíneo⁸.

Em 1973 Stoppa realizou a colocação de um pedaço grande de tela de polipropileno bilateralmente por um acesso pré-peritoneal mediano⁸.

Com o aparecimento da cirurgia videolaparoscópica, Phillips realizou o procedimento de Stoppa por laparoscopia em 1990⁸.

Quanto à incidência, a hérnia femoral representa de 5 a 7%¹¹ ou 10%¹⁰ do total das hérnias no ser humano. Maingot⁹ trouxe a percentagem de 8% das hérnias da virilha e de 4% de todas as hérnias abdominais. Alguns trabalhos mostraram uma representação de 10% das hérnias da região inguino-femoral^{3,12}.

Acomete 4 vezes mais mulheres que homens^{8,11}, embora Maingot⁹ tenha demonstrado a proporção de 5 mulheres para 1 homem. Ainda assim a mulher tem mais hérnias inguinais que femorais¹⁰.

Demonstrou-se que é 2 vezes mais freqüente em mulheres casadas que em solteiras, e aparece mais em homens que realizam ofício que exige o encurvamento ou agachamento mantido, como o de padeiro, jardineiro ou foguista⁶.

A idade de aparecimento é comumente após os 30 anos, diferentemente das hérnias inguinais, em que quase metade dos casos ocorre antes dessa idade⁶. Maingot⁹ afirmou que a hérnia femoral é comumente observada entre 40 e 70 anos e que muitos casos de estrangulação são observados em idosos. É geralmente unilateral, 2 vezes mais freqüente à direita do que à esquerda^{11,13}.

Quanto à etiologia, quase todos os autores estão de acordo que a hérnia femoral não é congênita^{6,11}, sendo assim raríssima na primeira infância^{8,11}. Keith citado em Monro⁶, contestando a teoria do saco peritoneal congênito para hérnia femoral, afirmou que nunca há um saco herniário pré-formado passando através do anel femoral, e que este anel funciona como uma válvula de segurança para a expansão da veia femoral na posição ortostática.

Maingot⁹ declarou que a hérnia femoral pode se originar de fatores congênitos ou adquiridos, embora a maioria dos casos seja devido a ambos. Uma fixação atenuada da aponeurose do músculo transversos abdominal à porção medial do ligamento pectíneo é a parte congênita da etiologia.

MacVay citado em Monro⁶ assegurou que a largura do anel femoral é o principal fator de risco para a hérnia femoral e atribui como causa primária um anel femoral congenitamente grande; entretanto, esse fator não pode ser a única razão. A pressão intra-abdominal elevada, causa secundária, oriunda de constipação, asma e gravidez, foi considerada o fator etiológico inicial. Todo esforço origina um impulso na veia femoral, que atua golpeando o anel femoral, causando, às vezes, sua distensão. A gordura pré-peritoneal pode entrar como uma cunha e dilatar a parede medial do anel femoral.

Keith referido em Monro⁶ demonstrou que o aumento da pressão venosa durante a gravidez dilata as veias femorais até aumentar o anel femoral. As mulheres predispostas a isso são

aquelas com uma união estreita da parede inguinal posterior com o ligamento pectíneo e, por conseguinte, com uma frouxidão do anel femoral. Sob o constante aumento da pressão intra-abdominal, o tecido adiposo pré-peritoneal insinua-se no anel femoral e isso leva ao desenvolvimento de um saco peritoneal. Na evolução, o saco peritoneal move-se para baixo para o canal femoral e após para fora do orifício femoral.

Atualmente a teoria de uma causa adquirida é amplamente aceita, sendo fator predisponente o enfraquecimento da parede inguinal posterior à custa da fáscia transversal, fazendo com que o conteúdo abdominal exerça pressão sobre o anel femoral, dilatando-o¹⁴. Entretanto, a verdadeira causa da hérnia femoral ainda é desconhecida.

As coberturas do saco herniário femoral são, do interior para o exterior: peritônio, septo femoral, tecido extraperitoneal, bainha femoral da fáscia transversal, fáscia cribiforme do hiato safeno, tecido subcutâneo e pele^{7,9}.

O conteúdo herniário usualmente encontrado é: omento maior, intestino delgado e, no lado direito, uma porção do ceco. Em 20% dos casos há omento, em 25% omento e intestino delgado, em 50% há apenas intestino delgado e em 5% outros órgãos⁹.

Nyhus *et al.* mencionados em Monro⁶ levaram a cabo um estudo da fáscia transversal, chegando à conclusão de que é uma estrutura muito útil na reparação das hérnias da virilha e que as hérnias inguinais e femorais são, em primeiro lugar, um debilitamento de sua integridade. Na opinião deles, o ponto essencial da operação de uma hérnia femoral é a reparação da fáscia transversal por sutura ao ligamento pectíneo. “A referida fáscia é formada por ambos os perimísios, anterior e posterior, do músculo transversso abdominal, que se fundem e descem”⁷.

Lytle¹⁵ afirmou que a rigidez das estruturas do orifício distal do canal femoral (ligamentos lacunar e inguinal e fáscia do músculo pectíneo) é a razão pela qual a hérnia femoral não costuma assumir grandes proporções. É também devido a esses elementos rígidos que o encarceramento e o estrangulamento ocorrem com muito maior freqüência na hérnia femoral que em qualquer outro tipo de hérnia e os sintomas são mais precoces que nas hérnias inguinais. Se não se realiza a operação a tempo, a porcentagem de mortalidade é muito elevada: entre 3,5 e 50% em várias séries de casos publicados¹⁰. Por essa razão, a complicação mais importante da hérnia femoral é o estrangulamento^{12,16-18}.

O paciente portador de hérnia femoral normalmente busca auxílio médico quando há penetração de estruturas viscerais intraabdominais, habitualmente omento maior ou alças do intestino delgado, no saco herniário, o que provoca dor e desconforto locais, podendo levar até à obstrução intestinal¹⁹.

Segundo Maingot⁹, 9 são os diagnósticos diferenciais de hérnia femoral: hérnia inguinal direta, hérnia obturadora, varizes de veia safena magna, linfonodomegalia inguinal, abscesso do músculo psoas maior, lipoma femoral, aumento da bolsa sinovial do músculo iliopsoas ou da bolsa supranumerária do músculo pectíneo e tumores benignos ou malignos.

Quanto às técnicas de herniorrafia, 2 são os acessos (ou as vias) de abordagem para a hérnia femoral: o anterior e o posterior, recebendo esta denominação por sua relação com a parede inguinal posterior. O primeiro é dividido em 3 subtipos: inguinal ou superior, femoral ou inferior, e combinado (que envolve os 2 anteriores). O segundo também é denominado pré ou extraperitoneal ou retropúbico^{7,9}.

O acesso femoral obedece a alguns princípios importantes: há necessidade de extirpação completa do saco herniário; a gordura pré-peritoneal deve excluir-se da reparação; os fios não-absorvíveis dão provavelmente melhores resultados que os absorvíveis; a reparação deve ser junto ao peritônio, envolvendo a fáscia transversal; e o ligamento pectíneo oferece um apoio firme para as suturas⁶. A técnica para hérnias não complicadas pode utilizar anestesia local²⁰⁻²².

Monro⁶ afirmou que se discute a possibilidade de manter a aproximação dos ligamentos pectíneo e inguinal por suturas firmes, mas susteve que isso não é possível, pois as suturas muito tensas isquemiam os tecidos e produzem tecido fibroso.

Lytle¹⁵ descreveu o reforço através de uma sutura entre o ligamento lacunar, a fáscia pectínea e a margem falciforme do hiato safeno, cujo objetivo é não deslocar o ligamento inguinal, o que ocorre quando esse é suturado à fáscia pectínea e mais ainda ao ligamento pectíneo, como nas técnicas de Cushing, Marcy e Bassini.

Uriburu *et al.*²⁰ declararam ser categoricamente necessário suturar o ligamento inguinal ao pectíneo (com 3 ou 4 pontos), pois a sutura com outros elementos esconde o orifício femoral, mas não o fecha.

MacVay²³ afirmou que quando o ligamento inguinal libera-se de sua estrutura fascial, adquire certa mobilidade, mas não a tem o suficiente para ser aproximado ao ligamento pectíneo sem resultar num enrugamento do ligamento lacunar.

A técnica para hérnias complicadas sofre algumas alterações em relação ao procedimento para hérnias simples. Faz-se uma incisão vertical sobre a hérnia e, sem qualquer dissecação, incisa-se o saco herniário. Em hipótese alguma se deve permitir que o seu conteúdo retorne à cavidade abdominal antes da inspeção da constrição na altura do colo. A secção da constrição se faz com um bisturi medialmente, sobre o ligamento lacunar⁶.

Algumas considerações a respeito dos perigos e dificuldades do acesso femoral merecem ser feitas. Todo o dano ao conteúdo herniário se prevê pela observação de líquido junto às estruturas. Com o estrangulamento de uma hérnia previamente irreductível, é necessário haver muito cuidado na abertura do saco. A secção da constrição na altura do colo herniário requer boa visualização e firmeza, devendo-se levar em consideração que a bexiga pode estar estrangulada com a hérnia⁶.

Em até 2% dos casos pode-se apresentar um vaso obturador em posição perigosa, imediatamente superior à margem lateral do ligamento lacunar. Em caso de lesão do mesmo, secciona-se sem temor a constrição ligamentar e comprime-se com um dedo o vaso contra o púbis. Logo depois se deve efetuar uma incisão inguinal, procurando-se o vaso e ligando-o por cima⁶.

Em caso de lesão vesical, deve-se suturar a bexiga e se manter um cateter vesical durante uma semana, reduzindo-se, com isso, o dano ao mínimo⁶.

Existe sempre a possibilidade de formação de um hematoma devido à vascularização da zona que rodeia o saco herniário. Pode favorecer infecção, caso ocorra, com risco de produzir trajetos fistulosos e uma crescente probabilidade de recidiva. Por tal razão, a hemostasia rigorosa da região é mandatária⁶.

Alguns pontos são levantados pelos defensores do acesso femoral, como a sua simplicidade (requer apenas 10 a 15 minutos de operação caso o intestino esteja viável), uma anestesia local é suficiente e a deambulação pós-operatória pode ser imediata. Em razão da não abordagem dos músculos da parede abdominal, a dor pós-operatória provocada pela respiração ou tosse é muito menor, permitindo ao paciente expelir suas secreções respiratórias e assim evitar complicações pulmonares. É, na realidade uma operação pequena, importante aspecto quando se trata de idosos e debilitados, sendo mínimo o traumatismo aos tecidos durante a operação^{6,24}.

Do ponto de vista do operador, o fato de algumas manobras serem efetuadas no fundo de um acesso limitado, a colocação de suturas para o reparo poder não ser de todo fácil e o risco de lesar a bexiga podem causar ansiedade. Por tais motivos essa via não é popular entre os cirurgiões jovens que, com razão, preferem um amplo acesso ao colo do saco herniário e uma boa visualização das estruturas⁶.

No caso de hérnia encarcerada, aponta-se que 80% dos casos são ou omento maior ou intestino viável. Ambos podem ser tratados satisfatoriamente pela via inferior. Nos 20% restantes o intestino apresenta-se necrosado, quando então deve ser associada uma incisão abdominal ou inguinal⁶.

Na atualidade o uso da via inferior é muito pequeno nos Estados Unidos, em grande parte por causa da descrição insuficiente da reparação anatômica²⁵.

Os defensores da via inguinal afirmam que o acesso femoral não é confiável por não se poder reparar o defeito anatômico através do trigono femoral e que não é seguro quando se trata de um encarceramento²⁴.

Pela via superior a incisão pode ser transversa (começando inferior ao ligamento inguinal, estendendo-se medialmente sobre o mesmo e terminando cerca de 2,5 centímetros superiormente ao púbis) ou paralela ao ligamento inguinal (neste caso 2 centímetros superior ao mesmo, com aproximadamente 9 centímetros de comprimento e o extremo inferior estendendo-se sobre a parte superior do escroto ou do lábio maior)^{7,9,23}.

Secciona-se a aponeurose do músculo oblíquo externo no sentido de suas fibras a partir do anel inguinal superficial a fim de expor o canal inguinal. Em seguida, visualiza-se a porção mais inferior da parede inguinal posterior posta sobre o colo do saco herniário. Leva-se o ligamento inguinal inferiormente e se faz uma incisão na união da parede inguinal posterior com a bainha femoral, na altura do colo do saco, do ligamento pectíneo medialmente até o anel inguinal profundo lateralmente. Dissecta-se o colo do saco^{7,9,23}. Deve-se ter cuidado para não seccionar os vasos epigástricos inferiores, pois isso favorece o aparecimento de hérnia inguinal direta⁷.

Após, exerce-se suave tração sobre o colo do saco no espaço pré-peritoneal ao mesmo tempo em que se faz pressão sobre o mesmo na coxa, a fim de transformar a hérnia femoral em hérnia inguinal direta²³. Caso o saco não possa reduzir-se com essa manobra, o seu fundo deve ser cuidadosamente aberto e o intestino preso inspecionado antes da liberação da constrição do anel femoral⁹. Para esta, faz-se uma incisão medialmente, através do anel femoral adelgado e do ligamento lacunar, de cerca de 4 milímetros, não requerendo posterior reparação^{9,23}. O ligamento inguinal poderia ser incisado anteriormente ao colo a fim de movimentá-lo, mas sua reconstrução seria quase impossível²³, além de ser causa de recidiva⁷.

São fundamentais 3 cuidados: lembrar que a bexiga forma de modo invariável a parede medial do saco herniário; sempre abrir o saco e explorar a cavidade abdominal; uma vez aberto o saco, introduzir um dedo na cavidade e palpar o anel inguinal profundo enquanto observa-se-o por fora, a fim de excluir uma possível hérnia inguinal indireta concomitante²³.

Colocam-se pontos separados de fio inabsorvível aproximando a fáscia transversal e a aponeurose do músculo transverso do abdome ao ligamento pectíneo, cerrando assim não somente a parede inguinal posterior como também o anel femoral. A sutura seguinte, dita de transição, toma as já referidas estruturas, a fáscia pectínea e a margem medial da bainha femoral. A restante

consiste em aproximar a fáscia transversal à bainha femoral, dirigindo-se lateralmente o bastante para assegurar um bom fechamento do anel inguinal profundo²³. Guillaumondegui⁷, por sua vez, descreveu o reforço pela sutura entre os ligamentos inguinal e pectíneo.

Caso haja espaço morto em torno do funículo espermático ou do ligamento redondo, imbrica-se a aponeurose do músculo oblíquo externo a fim de obliterá-lo²³.

Koontz¹⁰, ao operar uma hérnia femoral recidivada, fez uso do acesso inguinal, suturando o tendão conjunto ao ligamento pectíneo. Se, por causa de operações anteriores, esse tendão já não era mais como deveria ser, ele realizava a incisão de descarga de Halsted na bainha do músculo reto abdominal para poder realizar a sutura sem demasiada tensão. Em caso de dúvida a respeito da firmeza da linha de sutura, ele a reforça com uma tela. MacVay²³ achou desnecessária a incisão de descarga para a hernioplastia femoral comum.

Maingot⁹ suturou o ligamento pectíneo ao inguinal com pontos separados de fio inabsorvível e percebeu que as estruturas pareciam tensas e distorcidas, a convalescença era demorada, havia comumente dor residual na área operatória e a taxa de recorrência era maior que no reparo anatômico, decidindo, por tais razões, abandonar esse tipo de reforço.

Em caso de obstrução intestinal, o primeiro acesso é à cavidade abdominal, a fim de se determinar a natureza da obstrução e a vitalidade da alça intestinal. Faz-se uma incisão transversal no hipogástrico, 5 centímetros superiormente ao púbis, através da bainha anterior do músculo reto abdominal. Se à inspeção do lado peritoneal o saco herniário apresentar-se enegrecido, existe quase certeza da necrose de seu conteúdo e a necessidade de ressecção e anastomose do intestino como primeira medida. O passo seguinte é a penetração no espaço extraperitoneal. Através de dissecação, pode-se extrair o saco herniário com o intestino necrosado posteriormente ao anel femoral ou anteriormente através do trígono femoral. Irriga-se, depois, abundantemente com solução salina os espaços extraperitoneal e subcutâneo da coxa e se deixa um dreno no espaço retropúbico, junto ao local onde se fez o fechamento do anel femoral, e outro no espaço subcutâneo ao nível do trígono femoral²³.

O terceiro tipo de acesso é o combinado, cuja incisão é oblíqua e larga, de 12 a 14 centímetros. Aborda-se a hérnia na coxa e por cima do ligamento inguinal secciona-se a aponeurose do músculo oblíquo externo no sentido de suas fibras e logo depois a fáscia transversal. Libera-se o saco e se o secciona, com as etapas seguintes iguais às da via superior^{7,9}.

O quarto e último acesso é o pré-peritoneal, também denominado extraperitoneal ou retropúbico. Possui 2 técnicas clássicas, a de McEverdy e a de Cheatle-Henry^{7,9}.

Na técnica de McEverdy faz-se uma incisão de aproximadamente 8 centímetros, do ligamento inguinal (1 centímetro medialmente aos vasos femorais) seguindo a margem lateral da bainha do reto em direção cefálica. Incide-se na pele, tecido subcutâneo e em seguida na loja anterior da bainha do reto. Afasta-se o músculo por dissecação romba e incisa-se a fáscia transversal, descolando essa do pré-peritônio até chegar à região inguino-femoral⁷.

Traciona-se o saco herniário para cima, dissecando seus limites. Após, secciona-se o saco verticalmente, ressecando o excedente de tecido e o ligando em sua base⁷.

O reforço se dá com 3 ou 4 pontos de fio inabsorvível entre os ligamentos inguinal e pectíneo, com os pontos de medial para lateral e os nós de lateral para medial. Ou, de forma mais simples e efetiva, sutura-se a aponeurose do músculo transversal abdominal e a fáscia transversal ao ligamento pectíneo⁷.

Já na técnica de Cheatle-Henry pode-se fazer uma incisão mediana infraumbilical de 8 a 10 centímetros ou a incisão de Pfannenstiel. Incide-se na pele, no tecido subcutâneo e na linha alba. Chegando-se à fáscia transversal, secciona-se-a, dissecando de forma romba entre essa e o tecido pré-peritoneal. Os passos seguintes são iguais aos da técnica de McEverdy⁷.

MacVay²³ admitiu que, ao se conhecer bem a anatomia da região inguino-femoral pelo acesso posterior, pode-se realizar qualquer reparo das hérnias inguino-femorais através dele, apesar de pessoalmente preferir o acesso anterior superior para a hernioplastia corriqueira.

Uma vez que vários são os possíveis acessos para a hernioplastia femoral e que todos têm os seus pontos positivos e negativos, a escolha para cada caso foi motivo de bastante discussão. Uma escolha equivocada pode dar a um caso simples uma cirurgia ampla ou dar a um caso complicado um acesso limitado e arriscado. Desse modo, diversos autores construíram seus critérios para a escolha do acesso, na tentativa de criar uma rotina.

Segundo Uriburu *et al.*²⁰ a escolha se dá da seguinte forma:

- (1) Hérnia femoral não-complicada: acesso inguinal ou pré-peritoneal.
- (2) Hérnia femoral com risco operatório aumentado (debilitados, idosos e outros): acesso femoral com anestesia local.
- (3) Hérnia femoral encarcerada: acesso pré-peritoneal ou femoral e, em caso de necessidade, tratamento do intestino por laparotomia.
- (4) Dúvida diagnóstica entre hérnia femoral e inguinal ou hérnias inguinal e femoral associadas: acesso inguinal.
- (5) Hérnia femoral bilateral: acesso pré-peritoneal com incisão mediana de Henry.

(6) Hérnia femoral associada à afecção abdominal baixa: acesso pré-peritoneal para o saco herniário e depois abertura do peritônio e tratamento do processo abdominal concomitante.

Guillamondegui⁷ deu as seguintes orientações:

(1) O acesso femoral é de eleição com saco herniário pequeno e de conteúdo facilmente redutível, nos debilitados ou em mal estado geral ou nos idosos. Está contra-indicada nos casos de encarceramento ou obstrução. Tem como vantagens a simplicidade, a rapidez e o mínimo de interferências na região inguinal; e como desvantagem o risco de hemorragia ao se seccionar uma artéria obturatória anômala.

(2) O acesso inguinal é o escolhido em casos de coexistência de hérnia inguinal ou debilidade inguinal homolateral, ou em casos de indicação de apendicectomia. Tem como vantagens a dupla abordagem quando há ao mesmo tempo as hérnia inguinal e femoral do mesmo lado, a maior facilidade de liberação do saco dos elementos de constrição, a possibilidade de exploração e ressecção intestinais; e como desvantagens interferir no mecanismo inguinal e a possibilidade muito mais freqüente de recidiva através de uma hérnia inguinal direta.

(3) O acesso combinado é usado em casos de hérnia femoral recidivada grande e complicada.

(4) O acesso pré-peritoneal tem como principal indicação a bilateralidade do problema, além de permitir a abordagem de hérnias inguinal ou obturatória, e de criptorquidias uni ou bilaterais. Entretanto, alguns defendem que é um procedimento de relativa importância para uma lesão simples, principalmente no caso em que se apresente uma infecção.

Maingot⁹ definiu:

(1) o acesso femoral é indicado para os debilitados e os idosos, cujo saco herniário é pequeno e prontamente redutível. *Strictu senso*, a operação baixa é anatomicamente incorreta e está sendo pouco realizada atualmente. Entretanto, é rapidamente realizada e sob anestesia local.

(2) o acesso inguinal é o de escolha.

(3) o acesso extraperitoneal é recomendado em caso de hérnia bilateral. Devido à não intervenção no canal inguinal, não há tendência para a formação de hérnia inguinal direta.

Para Hachisuka⁸:

(1) o acesso femoral com o uso de tela é a primeira escolha em casos eletivos.

(2) o acesso inguinal com a “técnica de McVay” é usado em casos de encarceramento.

Hachisuka⁸ escreveu que desde quando Stoppa utilizou tela para a hérnia femoral, em 1973, seu emprego tem sido bastante debatido.

No Yokkaichi Municipal Hospital, afirmou Hachisuka⁸, os reparos com tela foram introduzidos em 1995 para todas as hérnias da virilha. Desde então eles têm se tornado a primeira escolha para a hérnia femoral, exceto para casos em que há necrose de omento, intestino ou outros órgãos, sendo o ligamento pectíneo então utilizado. Entretanto, recentemente, mesmo quando há necrose intestinal que requer ressecção a tela tem sido usada, caso não haja peritonite ou abscesso.

O acesso é femoral, o saco herniário é inteiramente dissecado até o seu colo e quando a cor do conteúdo herniário é julgada satisfatória, faz-se a redução com os dedos. Se há suspeita de estrangulamento, o saco é aberto e visualmente checado⁸.

Em seguida a tela é inserida no canal femoral através do orifício femoral e fixada com fio absorvível nos ligamentos inguinal e lacunar e na fáscia pectínea. Após, pede-se para o paciente tossir, para assegurar apropriados posicionamento e fixação da mesma⁸.

A recidiva pós-operatória geral da hérnia femoral é muito maior que a das hérnias inguinais, ficando em torno de 5,5%¹¹.

2. OBJETIVO

Caracterizar 65 casos de herniorrafia femoral de acordo com fatores demográficos, clínicos e cirúrgicos, no Hospital Florianópolis, de julho de 1979 a agosto de 2003.

3. MÉTODO

Este estudo foi transversal do tipo descritivo.

Casuística

Foram checados 1426 registros de pacientes submetidos à herniorrafia inguino-femoral no Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Florianópolis (HF), em Florianópolis, Santa Catarina (SC), no período compreendido entre julho de 1979 e agosto de 2003. Cumpriram os critérios de inclusão para a análise dos prontuários 66 pacientes e, desses, 61 para o preenchimento do protocolo destinado à hérnia femoral.

Critérios de Inclusão

Todos os pacientes cuja descrição operatória foi compatível com herniorrafia femoral (herniorrafia femoral, herniorrafia crural, reparo de hérnia femoral, reparo de hérnia crural, etc) no banco de dados do Serviço de Cirurgia Geral do HF no período já referido foram incluídos para a análise dos prontuários. À conferência dos mesmos, todos aqueles com relato operatório compatível com herniorrafia femoral ou similares foram inseridos nesta pesquisa, com seus dados protocolados.

Critérios de Exclusão

Todos os pacientes submetidos a procedimento operatório outro, constante no banco de dados ou no prontuário, que não herniorrafia femoral ou afins, foram excluídos deste estudo. Também foram aqueles cujo prontuário não pôde ser encontrado, tanto pelo número quanto pelo nome completo.

Procedimentos

O primeiro passo foi a elaboração de um protocolo (ver apêndice) para a coleta dos dados, de acordo com as variáveis encontradas na literatura, tanto demográficas como de conduta. Os parâmetros estudados foram: sexo; idade; profissão; herniorrafia prévia; caráter da operação em eletiva ou de urgência/emergência e, sendo desta forma, se havia encarceramento ou

estrangulamento; lado da hérnia ou sua bilateralidade; conteúdo do saco herniário; doenças concomitantes; associação com outras hérnias; técnica operatória realizada; ressecção intestinal; uso de tela; tipo de anestesia; complicações trans-operatórias e pós-operatórias; e recorrência da operação.

Para a localização dos prontuários fez-se uso do banco de dados denominado “Cadastro Geral de Cirurgias”, de propriedade do Serviço Geral de Cirurgia do HF, com todos os registros das herniorrafias inguino-femorais. Foram selecionados para análise de prontuário os pacientes (com seus respectivos nomes completos e números) de acordo com os critérios de inclusão, totalizando 66.

No SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística) do hospital, através da comparação nome e número, obteve-se acesso aos prontuários, e durante o segundo semestre de 2004 os mesmos foram examinados e as informações de 61 deles registradas no protocolo. Ao final da coleta, os dados foram tabulados e analisados.

Dada a infreqüência do fenômeno, para uma casuística maior, foram abarcados 24 anos de operações: desde 1979, ano da inauguração do Hospital Florianópolis, até 2003, último ano de disponibilidade do livro de registro, haja vista o livro de 2004 estar sendo utilizado pelo serviço no momento da pesquisa.

Análise Estatística:

O método estatístico empregado foi o teste do qui-quadrado (χ^2), através dos programas de computador EpiData[®] versão 3.1 e EpiInfo[®] versão 6.

Considerou-se estatisticamente significativo $p < 0,05$, conforme preconizado para estudos biológicos.

4. RESULTADOS

Dos 66 pacientes cujos prontuários foram analisados, 5 preencheram os critérios de exclusão (3 por tratar-se de hérnia inguinal, 1 cujo diagnóstico foi linfonodomegalia femoral e 1 por motivo do prontuário não ter sido encontrado). Os restantes 61 pacientes tiveram seus dados protocolados, sendo que 3 foram operados de 2 hérnias, uma de cada lado, e 1 re-operado após recidiva, totalizando 65 herniorrafias.

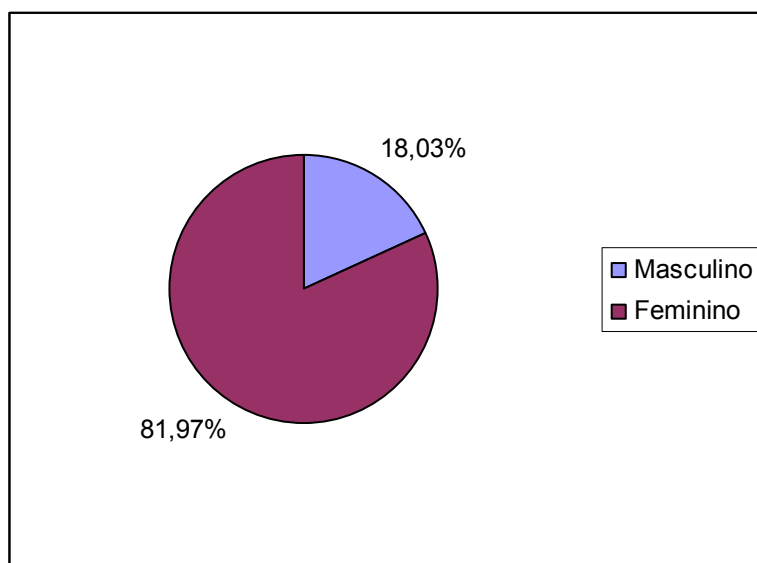


Figura 1 – Distribuição quanto ao sexo dos pacientes submetidos à herniorrafia femoral

FONTE: SAME do HF, Florianópolis SC, 2004

TABELA 1 – Distribuição quanto à idade dos pacientes submetidos à herniorrafia femoral

Idade	Pacientes	Percentual (%)
≤ 30	05	8,20
31-40	06	9,84
41-50	15	24,59
51-60	10	16,39
61-70	15	24,59
71-80	06	9,84
≥ 81	04	6,55
Total	61	100,00

Fonte: SAME do HF, Florianópolis SC, 2004

A idade média dos pacientes foi 54,46 anos, com desvio padrão de 16,50 anos. A mediana e a moda foram, respectivamente, 55 e 64 anos.

TABELA 2 – Distribuição quanto à profissão dos pacientes submetidos à herniorrafia femoral

Profissão	Pacientes	Percentual (%)
Do lar	24	39,33
Aposentado/Pensionista	16	26,23
Servente	04	6,56
Doméstica	04	6,56
Pedreiro	03	4,92
Professor	02	3,28
Outras	04	6,56
Não consta	04	6,56
Total	61	100,00

Fonte: SAME do HF, Florianópolis SC, 2004

As profissões consideradas “outras” foram: carpinteiro, cozinheiro, estudante e técnico de enfermagem, com 1 indivíduo cada.

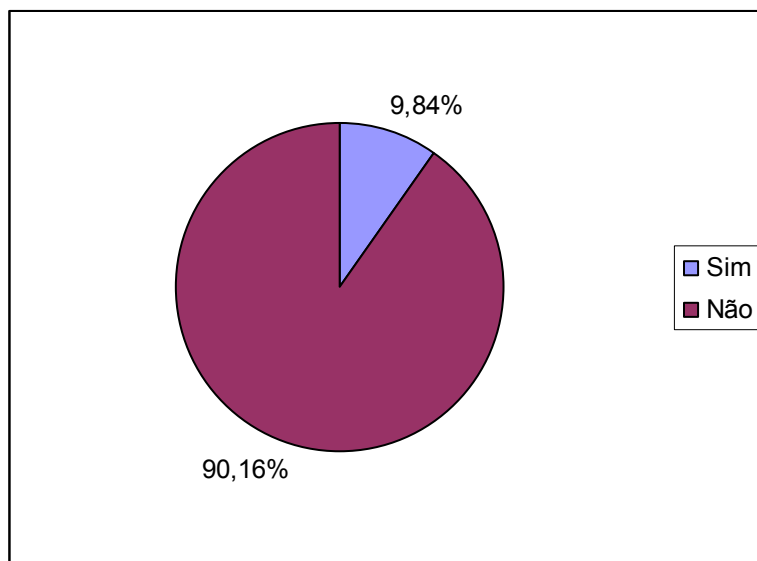


Figura 2 – História de herniorrafia na região inguino-femoral realizada em outros serviços

FONTE: SAME do HF, Florianópolis SC, 2004

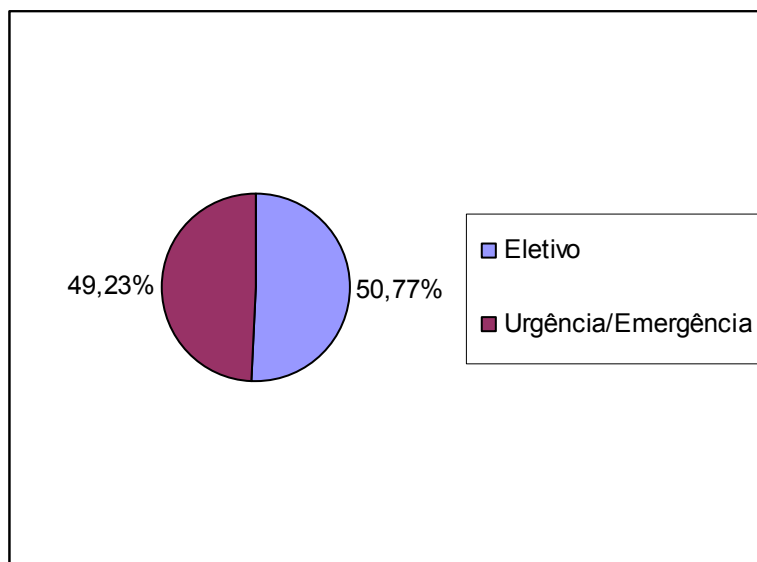


Figura 3 – Classificação quanto ao caráter da operação realizada no Hospital Florianópolis

FONTE: SAME do HF, Florianópolis SC, 2004

Em relação à idade, dos pacientes com 60 anos ou menos, 39,5% foram operados em caráter de urgência/emergência, enquanto que dos com mais de 60 anos tal foi de 63% ($p=0,0619$).

Com referência ao sexo, 51,9% das mulheres foram operadas de urgência/emergência, o mesmo acontecendo com 36,4% dos homens ($p=0,3490$).

TABELA 3 – Classificação quanto à apresentação da hérnia femoral

Apresentação	Hérnias	Percentual (%)
Livre	33	50,77
Encarcerada	28	43,08
Estrangulada	04	6,15
Total	65	100,00

Fonte: SAME do HF, Florianópolis SC, 2004
p=0,1427

Considerando as operações de urgência/emergência, os idosos (61 anos ou mais) tiveram 48,2% de encarceramento e 14,8% de estrangulamento, enquanto que os mais jovens tiveram 39,5% de hérnias encarceradas e nenhuma estrangulada ($\chi^2=7,62$ e $p=0,0221$).

TABELA 4 – Localização da hérnia femoral quanto ao lado

Lado	Hérnias	Percentual (%)
Direito	42	64,61
Esquerdo	22	33,84
Não consta	01	1,55
Total	65	100,00

Fonte: SAME do HF, Florianópolis SC, 2004
p=0,0202

TABELA 5 – Conteúdo do saco herniário evidenciado durante a operação

Conteúdo	Hérnias	Percentual (%)
Nenhum	33	50,77
Omento	14	21,54
Intestino delgado	10	15,38
Outros	08	12,31
Total	65	100,00

Fonte: SAME do HF, Florianópolis SC, 2004
p=0,0499

Os conteúdos “outros” foram: gordura pré-peritoneal, encontrada em 4 casos, bexiga com omento em 2, e intestino delgado com omento e somente bexiga em 1 paciente cada.

Dos 61 pacientes, 34 apresentaram doenças (ou síndromes) concomitantes. Dessas, as mais comuns foram: hipertensão arterial sistêmica (11), doença broncopulmonar obstrutiva crônica (7), e seqüela de acidente vascular encefálico e fraqueza do assoalho pélvico (4 cada). Na tabela 1 do apêndice está a enumeração completa de tais afecções.

As doenças concomitantes acometeram 74,1% dos idosos, contrapondo-se a 31,6% dos mais jovens ($\chi^2=11,40$ e $p=0,0007$).

Apresentaram concomitância de doenças 46,3% das mulheres, assim como 63,6 % dos homens ($p=0,2944$).

No momento do diagnóstico de hérnia femoral, 56 pacientes (91,80%) não apresentavam hérnias associadas. Houve 2 casos de associação com hérnia inguinal não especificada e 1 caso com as 3 seguintes: inguinal direta ipsilateral, inguinal bilateral e incisional infraumbilical.

Em relação à técnica operatória utilizada para o reforço da parede, a maioria absoluta (93,84%) foi a “de McVay”. A de Bassini e o uso de tela pela via inguinal sem reforço anatômico foram empregados, cada um, em 3,08% dos casos.

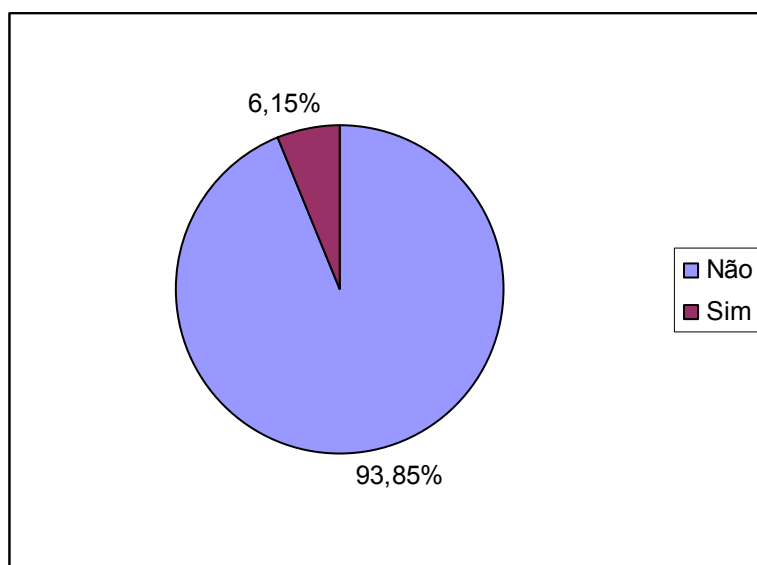


Figura 4 – Necessidade de ressecção intestinal devido a estrangulamento

FONTE: SAME do HF, Florianópolis SC, 2004

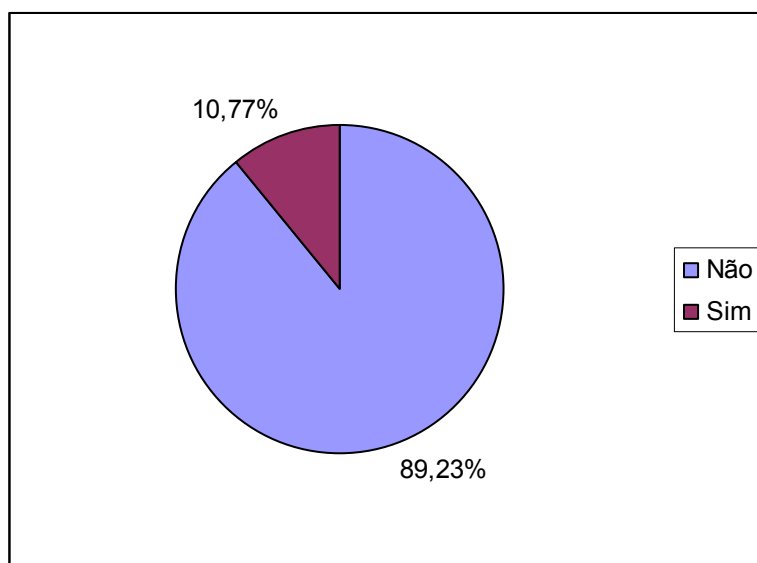


Figura 5– Utilização de tela de polipropileno no reforço da parede
 FONTE: SAME do HF, Florianópolis SC, 2004

Nas operações eletivas houve utilização de tela em 15,2% e nas de urgência/emergência em 6,3% ($p=0,2471$).

TABELA 6 – Técnica anestésica empregada na operação

Técnica anestésica	Operações	Percentual (%)
Raquianestesia	43	66,15
Geral	10	15,38
Peridural	08	12,31
Raquianestesia e geral	03	4,62
Peridural e geral	01	1,54
Total	65	100,00

Fonte: SAME do HF, Florianópolis SC, 2004

Foram 3 as complicações trans-operatórias: broncoespasmo, lesão em vaso epigástrico e redução espontânea da hérnia sem inspeção prévia do seu conteúdo (1,54% cada). Nas outras 62 operações (95,38%) não houve esse tipo de complicação.

Já em relação às complicações pós-operatórias, houve 8 casos: 3 de hematoma da ferida operatória (4,62%) e 1 de pneumonia, abscesso de parede, infecção do trato urinário, edema de genitália e íleo paralítico (1,54% cada).

Dos pacientes com 60 anos ou menos, 5,3%, e dos com mais de 60 anos, 11,1%, tiveram complicações pós-operatórias ($p=0,3832$).

Nos indivíduos com 60 anos ou menos, 16,7% dos com doenças concomitantes tiveram complicações pós-operatórias e nenhum dos sem tais doenças tiveram esse tipo de complicação ($\chi^2=4,57$ e $p=0,0324$). Já nos acima de 60 anos, 5% dos com doenças concomitantes tiveram essas complicações, assim como 28,6% dos sem concomitância de doenças ($p=0,0876$).

No confronto de caráter da operação e complicações pós-operatórias, 6,1% das eletivas e 9,4% das de urgência/emergência tiveram complicações ($p=0,6161$).

Por fim, tratando-se da recorrência de hérnias na região inguino-femoral após a operação no HF, 95,38% não a apresentaram. Houve 2 casos como hérnia femoral ipsilateral (3,08%) e 1 como hérnia inguinal ipsilateral não especificada (1,54%).

5. DISCUSSÃO

Apesar de ser uma hérnia pouco freqüente, desde 5 a 10%^{10,11} do total das hérnias no ser humano, conforme descrito nos livros texto, até mesmo apenas 2,3% de todas as hérnias, segundo afirmou Glassow²⁶ em 17 anos de estudo e mais de 93 mil herniorrafias; optou-se por esse assunto por não ser ainda completamente estudado e compreendido, despertando interesse e curiosidade. Longe querer acrescentar com este estudo fato novo ou revolucionário, antes sim conhecer com uma profundidade um pouco maior suas características e seu tratamento no nosso meio.

Como se serviu dos prontuários dos pacientes para o preenchimento do protocolo e a coleta dos dados, essencial seria que os mesmos fossem adequadamente escritos e estivessem em bom estado de conservação. Tal ideal não pôde ser observado, muitas vezes nem de perto. Grafia ilegível, escrita apagada ou borrada, descrição do quadro e dos procedimentos escassa e rasuras foram os obstáculos mais fáceis de transpassar. Falta de páginas; prontuários de difícil localização, perdidos ou transferidos para os negativos de qualidade duvidosa foram as verdadeiras barreiras vencidas.

Importante salientar que, embora nenhum dos artigos científicos tenha mencionado algo parecido, a profissão de 4 pacientes, assim como o lado da hérnia de 1, não puderam ser obtidos, pela inadequabilidade dos prontuários.

Dos 66 pacientes submetidos à herniorrafia femoral segundo o banco de dados “Cadastro Geral de Cirurgias”, 1 não teve seu prontuário localizado, visto não existir nenhum daquele nome e a pessoa daquele número de prontuário jamais ter sido operada. Assim, 65 tiveram seus prontuários encontrados e, desses, 61 realmente possuíram a afecção alvo. Os 4 restantes tiveram outro diagnóstico: 3 hérnias inguinais e 1 linfonodomegalia femoral. Nos pacientes com hérnia femoral foram efetuadas 65 herniorrafias, já que 3 foram operados bilateralmente, em tempos diferentes, e 1 re-operado após recidiva.

Tal casuística, apesar de em absoluto parecer pequena, foi semelhante a outros estudos, pois Wheller²⁷ publicou um trabalho com 78 pacientes e 80 herniorrafias; Hachisuka⁸ o produziu com 67 reparos em 63 pacientes. Evidente que houve trabalhos de casuística maior, como o de Berliner²⁸ com 158 hérnias femorais, e o de Glassow²⁶ com 2105 herniorrafias.

Confrontando os resultados da literatura existente com os deste trabalho, houve muitos aspectos em concordância, observando-se maior ocorrência no sexo feminino, na proporção

aproximada de 4:1^{3,8,11,27}. Neste estudo encontrou-se 81,97% do sexo feminino e 18,03% do masculino, gerando a proporção 4,55:1 ($p=0,0001$).

Panton referenciado em Monro⁶ realizou medições detalhadas da pelve, concluindo que a falsa pelve feminina não é mais larga que a do homem, e que a zona do anel femoral tampouco é maior nas mulheres. Entretanto, McVay citado em Monro⁶ rebateu afirmando que medições do anel femoral feitas no cadáver fixado são incertas devido ao estado da veia femoral após a formolização.

Apesar de ser universalmente maior a incidência na mulher, os livros-texto e os artigos científicos pesquisados não expuseram de forma definitiva uma razão para tal.

Não houve menção à etnia nas referências consultadas, o que deve estar mais relacionado à população estudada que à doença propriamente dita, motivo pelo qual esta variável não foi incluída neste estudo.

Outro dado concordante foi a idade, com predomínio de indivíduos acima dos 30 anos e infreqüência entre crianças e adolescentes^{6,11,26}, diferentemente das hérnias inguinais, com quase metade dos casos ocorrendo antes dessa idade⁶. Maingot⁹ afirmou ser a hérnia femoral comumente observada entre indivíduos de 40 a 70 anos e que muitos casos de estrangulação são observados em idosos. Allen *et al.*²⁹ mostraram uma média de idade de 76 anos para os casos de urgência. Hachisuka⁸ a trouxe de 64 anos, variando de 30 a 80 anos.

A idade média dos pacientes neste trabalho foi de 54,46 anos, variando de 15 a 90 anos, com 95% encontrando-se entre 37 e 70 anos. Houve viés em relação à idade mínima e à prevalência entre crianças e adolescentes, pelo Hospital Florianópolis localizar-se próximo a um centro de referência para atendimento infanto-juvenil, sendo os indivíduos de até 15 anos preferencialmente atendidos lá.

Pouco se discutiu sobre a relação entre hérnia femoral e profissão do paciente. Monro⁶ foi, entre as referências, o único a comentar o assunto, ainda assim superficialmente. Afirmou ser mais freqüente nas mulheres casadas que nas solteiras (o que na época poderia significar a profissão de dona-de-casa) e nos homens com ofícios que exigem o encurvamento mantido, como o de padeiro, jardineiro ou foguista (este último raro nos dias de hoje).

Nesta pesquisa, as atividades do lar (dona-de-casa e empregada doméstica) foram encontradas em 45,89% dos pacientes. Os ofícios de servente, pedreiro e carpinteiro, que podem exigir agachamento mantido, o foram em 13,12%. Vieses ocorreram: (1) 26,23% declararam-se aposentados ou pensionistas, sem referirem suas atividades anteriores; (2) a percentagem de

aposentados estar relacionada à maior idade dos pacientes; (3) 6,56% dos indivíduos não tiveram a profissão descrita no prontuário.

A variedade de profissões, a impossibilidade de saber individualmente qual a intensidade de esforço realizado e os vieses arrefeceram suposições. Restou a semelhança com a literatura em relação às mulheres casadas (representadas pelas donas-de-casa e domésticas) e profissões que exigem agachamento (servente, pedreiro e carpinteiro).

Outra variável pouco encontrada na literatura foi a história de herniorrafia em outros serviços, por ser evento pouco relacionado com a moléstia e muito mais com a peculiaridade da rede de saúde de cada localização. Em Glassow²⁶, quase metade dos portadores de hérnia femoral tinham uma recorrência no momento da admissão.

A maioria dos pacientes foi operada na região inguino-femoral pela primeira vez no HF (90,16%), com exceção de 6 (9,84%). Dos 9 indivíduos com recorrência herniária (os 6 de outros serviços e 3 do próprio HF), somente 2 foram re-operados no mesmo local (os 2 no HF, um de hérnia femoral e outro de inguinal), podendo sugerir certa infidelidade do paciente ao seu médico: houve mais troca de cuidador com a falha na cura que a perseverança num só.

Tornou-se difícil caracterizar as recidivas de outros serviços pela imprecisão de informações importantes, como as peculiaridades de cada hérnia, o tempo decorrido da operação, seu caráter e a técnica empregada.

Algumas referências descreveram a hérnia femoral como a que mais comumente necessita de tratamento cirúrgico de urgência/emergência³⁰⁻³², devido à rigidez das estruturas do orifício distal do canal femoral promover o encarceramento e o estrangulamento com muito maior frequência que os ocorridos em qualquer outro tipo de hérnia^{3,15,16}.

Agruparam-se urgência e emergência num único item tanto por não estarem distintas nas referências pesquisadas quanto nos prontuários levantados. A separação é muito mais pós-operatória, quando as hérnias encarceradas são consideradas operação de urgência (necessidade operatória breve mas não imediata) e as estranguladas de emergência (necessidade operatória imediata), que pré-operatória, quando tal é difícil e enganadora, sendo todas consideradas operações de emergência.

A proporção do caráter da operação (eletivo:de urgência/emergência) variou muito. No artigo de Wheeler²⁷ foi de aproximadamente 42:58. Sanchez-Bustos *et al.*³⁰ a relataram de 60:40 e Hachisuka⁸ de 80:20. O estudo mostrou uma proporção em torno de 51:49. Note-se que as 32 operações em caráter de urgência/emergência (ver tabela 5) coincidem com os encarceramentos e estrangulamentos (ver tabela 6), tornando esses dados fidedignos.

Allen *et al.*²⁹ afirmaram variar a taxa de óbito nas herniorrafias realizadas de urgência/emergência de 6,1% a 9,7% (esta última percentagem quando há ressecção intestinal), não havendo óbitos na pesquisa deles, de casos eletivos. Relataram que as urgências/emergências ocorreram mais numa faixa etária mais alta e despenderam mais dias de internação. Nicholson *et al.*¹² declararam que nas operações não eletivas a taxa de óbito chega a 8%, com complicações muito mais observadas em operações desse caráter.

Pitrez *et al.*³³ expuseram que em idosos as urgências/emergências podem chegar a 80%. Quando ocorrem, o tratamento deve ser tão logo quanto possível, sem tentativas de desencarceramento, já que pode não haver sinais de irritação peritoneal, mesmo com sepse. Nessa população a morbidade é superior a 50% e a mortalidade varia de 12 a 15% nas cirurgias não eletivas, sendo déficit cardiopulmonar e sepse as maiores causas de óbito.

Não houve, nesta pesquisa, relação estatisticamente significativa entre o caráter da operação e a faixa etária do paciente ($p=0,0619$), embora os dados tenham sugerido uma maior incidência de operações em caráter de urgência/emergência nos pacientes com mais de 60 anos (63%) que nos com essa idade ou menos (39,5%). Também não foi estatística a relação entre o sexo do paciente e o caráter da operação ($p=0,3490$), mostrando apenas que 51,9% das mulheres e 36,4% dos homens foram operados de urgência/emergência. Não ocorreu óbito, nem no trans nem no pós-operatório imediato, mesmo nas operações de urgência/emergência.

A mais importante complicação da hérnia femoral é o estrangulamento^{12,16-18}, com mortalidade entre 3 e 50% se não operada a tempo¹⁰. Nicholson *et al.*¹² relataram que 40% das hérnias femorais foram diagnosticadas já encarceradas, com ou sem estrangulamento. Hachisuka⁸ encontrou, dos seus 20,9% de urgência/emergência, 11,94% de encarceramento e 8,96% de estrangulamento. Este trabalho evidenciou 50,77% de hérnias livres, operadas eletivamente, 40,08% encarceradas e 6,15% estranguladas, operadas de urgência/emergência ($p=0,1427$).

Houve significância estatística ($p=0,0221$) no que tange à associação idade e apresentação da hérnia: nenhum dos pacientes mais jovens teve estrangulamento herniário, enquanto 14,8% dos idosos o tiveram (quase $\frac{1}{4}$ das urgências/emergências desse grupo).

Embora aparentemente sem explicação científica convincente, a literatura aferida observou o predomínio de acometimento do lado direito da parede abdominal^{12,13,31,34}. Segundo Lex¹¹ é geralmente unilateral, 2 vezes mais freqüente à direita. Wheeler²⁷ encontrou 52 casos à direita, 24 à esquerda e 4 bilateralmente. Em Hachisuka⁸ a proporção direita:esquerda foi de 7:3.

Chaves *et al.*¹³, após a dissecação das 2 regiões inguinais de 38 cadáveres sendo 33 homens e 5 mulheres, consideraram irrelevante a variação das dimensões do diâmetro transversal do anel

femoral e da largura da inserção da parede posterior do canal inguinal entre os lados direito e esquerdo, não levando, portanto, a um suporte anatômico claro para o verificado estatisticamente, sugerindo outra causa.

O estudo em tela revelou que, das localizações herniárias conhecidas, 64,61% foram à direita e 33,84% à esquerda ($p=0,0202$), concordando com a literatura. Dos 61 pacientes 3 foram operados em ambos os lados: 1 mulher de 90 e 93 anos com seqüela de acidente vascular encefálico, insuficiência renal crônica e diabetes melito, teve intervalo de quase 3 anos entre uma herniorrafia e outra, com ambas as hérnias encarceradas, mas já com o diagnóstico da bilateralidade no primeiro ato operatório; os 2 restantes tiveram um intervalo próximo a 1 mês entre uma operação e outra, 1 mulher de 53 anos com asma e hipertensão arterial submetida a 2 cirurgias eletivas e outra de 63 anos e hipertensão arterial primeiramente operada de uma hérnia estrangulada e após de outra encarcerada. Apesar da falta de descrição nos prontuários, tais hérnias eram, nesses últimos 2 pacientes, provavelmente bilaterais.

Alguns questionamentos surgiram: por que não foram realizadas herniorrafias bilaterais? Se na paciente de 90 anos foi pela idade e pelas comorbidades, por que não foi operada em seguida, já que não houve complicações nem trans nem pós-operatórias? Na paciente de 63 anos que tinha o estrangulamento, se era pela gravidade e urgência do quadro, por que também não foi operada sem demora?

No que tange ao conteúdo herniário, Maingot⁹ descreveu que em 50% dos casos se trata de intestino delgado, 25% intestino delgado e omento, 20% só omento e em 5% outros órgãos (como intestino grosso, divertículo de Meckel ou o apêndice vermiforme). Wheeler²⁷ encontrou 55,18% de intestino delgado [com $\frac{1}{5}$ herniando parcialmente a circunferência da alça (variedade de Richter)], 34,48% de omento, 8,62% de intestino delgado e omento e 1,72% de colo sigmóide. Já Hachisuka⁸ observou 71,43% de intestino delgado e 28,57% de omento. Em oposição, Lex¹¹ achou, como principal conteúdo, omento maior.

Encontrou-se, nesta pesquisa, com mais frequência omento maior (43,74%) e intestino delgado (31,25%). Gordura pré-peritoneal foi vista em 12,5%, bexiga com omento em 6,25%, e intestino delgado com omento ou somente bexiga em 3,13% dos casos ($p=0,0499$). Tais valores vão de encontro com a maioria das referências, mas condizem com Lex¹¹, autor brasileiro.

Referindo-se às doenças concomitantes, houve as que são fatores predisponentes ou desencadeantes da herniação, as que podem aumentar o risco trans e/ou pós-operatório, e aquelas sem enquadramento nessas 2 categorias.

Gilbert³⁵ afirmou que a herniorrafia em idosos representa um alto risco cirúrgico devido às doenças associadas, com altas taxas de morbi-mortalidade. Miller *et al.*³⁴ afirmaram que as cardio e pneumopatias, em associação às hérnias de maneira geral, são responsáveis por maior índice de recidiva da doença herniária.

MacVay referido em Monro⁶ assegurou que a pressão intra-abdominal elevada, oriunda de constipação, asma e gravidez, é considerada o fator desencadeante de hérnia.

Constatou-se grande variedade de doenças associadas, algumas devido à idade mais avançada dos pacientes e outras sem nenhuma relação aparente, parecendo inerentes a cada indivíduo. Pôde-se, entretanto, agrupar algumas síndromes ou moléstias em categorias. Houve entidades que sugerem a predisposição para as hérnias (pelo enfraquecimento abdômino-pélvico): retocistocele, enterorretoccele, prolapsos retal e uterino, todos aparecendo em 1,64% dos pacientes. Como precipitantes de aumento da pressão intraabdominal, evento desencadeador de hérnias, foram observados: prostatismo (3,28% dos pacientes), doença broncopulmonar obstrutiva crônica (11,48%) e pneumonia (1,64%). Por fim, houve afecções cardiovasculares que aumentam os riscos trans e pós-operatórios: hipertensão arterial (18,03%), seqüela de AVC (6,56%), distúrbios do ritmo cardíaco (4,92%), distúrbios de condução cardíaca, valvulopatias, insuficiência e isquemia cardíacas (todos em 3,28% dos pacientes).

No confronto entre a idade dos pacientes e a existência ou não de doenças concomitantes, independente do número delas, encontrou-se relação estatisticamente significativa ($p=0,0007$), com 74,1% dos idosos e 31,6% dos mais jovens apresentando uma ou mais doenças concomitantes. Já para o sexo do paciente não houve significância estatística ($p=0,2944$), apenas sugerindo que os homens apresentavam mais doenças concomitantes que as mulheres (63,6% e 46,3%, respectivamente).

A discussão sobre hérnias associadas não foi muito freqüente na revisão literária, apesar de parecer notória a relação entre enfraquecimento da parede abdominal e a formação de hérnias, e por conseguinte a associação entre elas.

Glassow²⁶ comentou que múltiplas hérnias ipsilaterais, em que 1 é femoral, são um achado comum entre os homens mas infreqüente entre as mulheres. De suas herniorrafias femorais, em 37,8% havia múltiplas hérnias ipsilaterais, sendo 34,1% homens e 3,7% mulheres. Das hérnias femorais primárias em homens, aproximadamente a metade coexistia com uma hérnia inguinal ipsilateral, mesmo nos casos em que não havia diagnóstico clínico. Dessas, havia 2 vezes mais hérnias diretas que indiretas.

Nesta pesquisa, 8,2% (5) dos pacientes apresentaram algum tipo de hérnia associada, sendo 6,56% (4) inguinais e 1,64% (1) incisional. Dos 5 casos, 3 foram em homens e 2 em mulheres, com idade variando de 48 a 83 anos.

Wheeler²⁷ e Allen *et al.*²⁹ expuseram que a hérnia femoral é de tratamento cirúrgico, procedimento simples quando a operação é eletiva. Semelhança não ocorre com as urgências/emergências, com possibilidade de: haver dificuldade em inspecionar e após ressecar o intestino, o reparo não ser adequado, o saco herniário não ser ligado no seu colo e uma artéria obturadora anômala ser lesada; levando a uma morbi-mortalidade 3 a 4 vezes maior.

Bendavid³⁶ descreveu a herniorrafia primária como um tratamento satisfatório para a maioria dos pacientes, sendo o que de melhor se pode oferecer. As hérnias recidivadas é que são de difícil tratamento. Wheeler²⁷ relatou ser o reparo precoce preferível pelas altas taxas de estrangulamento, embora a recorrência após estrangulação não precise ser maior que após uma operação eletiva.

Quanto à técnica operatória, a literatura mostrou um fato interessante: após a publicação de Bassini em 1894, surgiram mais de 79 técnicas para o tratamento da hérnia femoral e mais de 81 para o das hérnias inguinais³⁶, o que significou a descrição de mais de uma técnica nova de herniorrafia por ano até agora. McVay²³ declarou que a revisão de muitas operações para hérnia femoral somente serviria para causar confusão, e de fato a maioria dessas operações mereceria ser esquecida, exceto para aqueles interessados na história da cirurgia.

As referências mostraram discordância em relação à técnica de herniorrafia a ser utilizada. Houve aqueles que defenderam o acesso inguinal sem uso de tela, como Franco *et al.*³⁷, ou com tela, como Berliner²⁸; aqueles que recomendaram o acesso femoral com tela, como Tinckler³⁸, Allen *et al.*²⁹, Sanchez-Bustos *et al.*³⁰ e Hachisuka⁸; e aqueles que aconselharam o acesso pré-peritoneal, como Nicholson *et al.*¹² e Pioner *et al.*³⁹.

Houve também diversas afirmações: todos os métodos pela via femoral falham em construir um reforço adequado e a maioria deles comprime a veia femoral⁹; há bons resultados tanto pela via inguinal quanto pela femoral, o estrangulamento não obriga um acesso alto, há poucas ocasiões que elejam os acessos inguinal ou pré-peritoneal como escolha²⁷; se tornou quase obrigação acessar a região inguinal dos homens com hérnia femoral primária e realizar nas mulheres o reparo primário pela via femoral (exceto se suspeita de fraqueza ou hérnia inguinal)²⁶; tela raramente é usada no reparo herniário primário³⁶; ao se realizar uma herniorrafia inguinal, sempre se explora o anel femoral, e se alargado faz-se o reparo profilático com tela²⁸.

A técnica mais difundida para a herniorrafia femoral é a de Lotheissen, conhecida como “de McVay”^{5,14,29}. As indicações descritas foram: hérnias inguinais indireta grande ou direta, femoral ou recidivadas. Os autores escreveram “O método é o mesmo porque esses tipos de hérnia são consequência, a rigor, de um defeito da mesma estrutura, ou seja, a aponeurose do músculo transverso na área conhecida como triângulo de Hesselbach”³⁷. Tal técnica, além de reconstituir a parede inguinal posterior, tem a finalidade de reforçá-la, dificultando dessa forma a recidiva da doença⁵.

Na maioria absoluta deste trabalho (93,84%) utilizou-se a técnica difundida por McVay. Houve o emprego da técnica de Bassini em 3,08% (2 hérnias encarceradas não recidivadas), e o uso de tela sem reforço anatômico pela via inguinal em 3,08% (em 2 herniorrafias eletivas e primárias).

Esteve clara a preferência do acesso inguinal para a herniorrafia femoral, representada principalmente pela “técnica de McVay”. A escolha da via, apesar das tentativas de sistematização por diversos autores, em muitos serviços ainda é a preferência (o que inclui o conhecimento teórico e a capacidade técnica) do operador. O uso indistinto da técnica de Lotheissen para quase todos os pacientes deu força a essa afirmação.

Aqui se constatou a máxima: quando existem diversas teorias para explicar um fenômeno é porque nenhuma delas é a verdadeira. Os livros-texto e artigos que descreveram sugestões para a escolha da técnica de herniorrafia foram vários, cada qual com o seu ponto de vista. Por tal desacordo não se pôde criar uma sistematização universal, tendo cada cirurgião nessa operação muito mais autonomia que com outras doenças cirúrgicas, de tratamento de escolha melhor estabelecido, apesar de haver também diversas técnicas descritas para elas.

Reconheceu-se a hérnia femoral encarcerar com maior frequência que outras hérnias, podendo estrangular pela rigidez das paredes que a circundam. A revisão das referências trouxe uma taxa de ressecção intestinal de 8,96% a 12,5%^{8,27,30}. Nesta pesquisa tal foi um pouco menor (6,15%), apesar da taxa de hérnias operadas não eletivamente ter sido maior que a encontrada na literatura. Tal fato poderia ser explicado pela menor proporção de intestino delgado como conteúdo herniário, o que levaria a menor taxa de ressecção do mesmo; ou pela maior agilidade do serviço cirúrgico, que ao detectar uma urgência não retardaria o tempo operatório.

Monro⁶ afirmou que a ressecção intestinal em hipótese alguma deve ser feita pela via inferior, realizando-se um acesso abdominal ou inguinal complementar para tal fim. Também asseverou que a anastomose intestinal látero-lateral é mais segura para cirurgias menos

experientes, pois permite reforçar as estruturas seromusculares sem reduzir a luz intestinal, reservando-se a término-terminal para os mais experientes.

Desde 1973 com Stoppa vem-se utilizando tela para o reparo da hérnia femoral⁸. Em alguns locais tem se tornado a primeira escolha, mesmo se houve ressecção intestinal, desde que sem peritonite ou abscesso⁸.

Nesta pesquisa 10,77% dos reforços utilizaram tela ($p=0,0001$), sendo 7,69% associados com a “técnica de McVay” e 3,08% apenas com fixação na fáscia pectínea, na transversal e na margem do músculo reto abdominal.

Não houve relação estatisticamente significativa entre o caráter da operação e o emprego de tela ($p=0,2471$), embora tenha sido utilizada menos nas urgências/emergências (6,3%) que nas operações eletivas (15,2%). Com esses valores percentuais percebeu-se que a fraqueza da parede abdominal não predominou, havendo a possibilidade, e consequentemente a feitura, do reforço utilizando estruturas anatômicas na maioria absoluta dos casos. Note-se, entretanto, o viés de, além de também ser de escolha do operador, depender da disponibilidade do serviço e do sistema de saúde pagador.

Poucas referências levantadas comentaram a técnica anestésica, principalmente por fugir da área de atuação dos que lêem tais periódicos.

Uriburu *et al.*²⁰ explicitaram que alguns pacientes se beneficiam da anestesia local, como os debilitados e os idosos, que têm um risco operatório aumentado. Alguns autores afirmaram que tal anestesia também poderia ser utilizada para hérnias não complicadas²⁰⁻²².

Pitrez *et al.*³³ relataram que nos idosos a anestesia geral e os bloqueios espinhais estão associados com índices importantes de complicações trans e pós-operatórias, incluindo retenção urinária, arritmias, hipoventilação, hipóxia, hipotensão e morte, sendo a anestesia local o método de eleição sempre que possível.

Apesar disso, nenhuma técnica de anestesia local foi encontrada na casuística deste trabalho. A preferência foi o bloqueio medular: 66,15% de raquianestésias e 12,31% de peridurais. Uma pequena parcela (6,16%) iniciou com bloqueio e teve acrescentada anestesia geral e 15,38% iniciaram já com a geral. Sendo assim, da mesma forma que a técnica operatória, a técnica anestésica empregada, excluindo os fatores técnicos para escolha, tem muito do anestesista.

Encontraram-se 3 complicações trans-operatórias (4,62%) nesta pesquisa: pela anestesia (broncoespasmo e redução de hérnia encarcerada) e pelo procedimento (lesão de vaso epigástrico). Não se encontrou menção a respeito na literatura pesquisada.

Note-se que houve menção a 1 redução espontânea sem a possibilidade de verificação prévia do conteúdo, apesar do número de conteúdos encontrados (ver tabela 5) ser igual ao de hérnias encarceradas e estranguladas (ver tabela 3). Tal fato ocorreu pela descrição de um conteúdo herniário, a saber, gordura pré-peritoneal, num caso de hérnia livre, levando a pensar que o mesmo, apesar de presente, deveria ser redutível.

A taxa de complicações pós-operatórias encontrada nas referências foi bastante variável, tanto quanto a população estudada e a técnica operatória empregada. Wheeler²⁷ relatou 22,5% de complicações (12,5% de infecção de parede, 2,5% de pneumonia, de íleo paralítico e de hematoma de parede e 1,25% de hemoperitônio e de obstrução do delgado) e 1,25% de óbito (1 idosa por pneumonia). Pioner *et al.*³⁹ trouxeram 2% de edema de escroto e de granuloma da ferida operatória. Sanchez-Bustos *et al.*³⁰ referiram 1,08% de infecção de parede, de seroma e de rejeição de tela. Hachisuka⁸ não relatou complicações nos seus 50 reparos eletivos com uso de tela.

Pitrez *et al.*³³ expuseram que a morbidade nos idosos após herniorrafia eletiva pode chegar a 20%: complicações cardiovasculares seguidas de AVE; pneumonia; atelectasia; insuficiência respiratória; alterações no sistema digestório como gastrite, úlcera de estresse, diarreia; e complicações locais como hematoma escrotal, seroma e infecção da ferida operatória. A mortalidade foi de até 2%.

Nesta pesquisa encontrou-se 10,77% de complicações, a mais freqüente hematoma da ferida operatória (4,62%). Pneumonia, abscesso de parede, edema genital e íleo paralítico foram encontrados 1 vez (1,54%). Uma complicação não observada na literatura foi infecção urinária, presente em uma mulher de 61 anos submetida à ressecção intestinal sem sondagem vesical.

Houve relação estatisticamente significativa ($p=0,0324$) entre a ocorrência de doenças concomitantes e complicação pós-operatória nos pacientes com 60 anos ou menos (16,7% dos com e nenhum dos sem doença tiveram complicações). Já para os com mais de 60 anos tal relação não foi estatisticamente significativa ($p=0,0876$), mas evidenciou algo inesperado: 5% dos idosos com e 28,6% dos sem doenças tiveram complicações; sugerindo que nesses pacientes as complicações pós-operatórias foram decorrentes muito mais da operação em si que das suas doenças prévias. Junto a isso, apesar de não haver significância estatística, os idosos tiveram mais complicações (11,1%) que os mais novos (5,3%) ($p=0,3832$), assim como operações de urgência/emergência as tiveram mais (9,4%) que as eletivas (6,1%) ($p=0,6161$).

Tangente à recorrência, a literatura foi divergente. Maingot⁹ afirmou que o acesso femoral tem taxa de recorrência de mais de 5%, enquanto que o inguinal a tem de menos de 1%.

Wheeler²⁷ trouxe taxas de 4,4% para a via femoral, 14,29% para a pré-peritoneal e de 43% para a inguinal, sem diferença estatisticamente significativa entre as vias inguinal e femoral. A recorrência geral foi de 13,8%, sendo 15,6% para hérnias estranguladas e 12,1% para não estranguladas. Glassow²⁶ encontrou recorrência de 1,9%, sendo de 2,2% nas mulheres e de 1,6% nos homens. Alguns casos de hérnia inguinal direta ocorreram após herniorrafia pelo acesso inguinal, especialmente nas mulheres. A proporção de re-recorrência foi muito maior que a de recorrência (9,8%, sendo 10,4% nos homens e 6,8% nas mulheres). Entre as hérnias recidivadas, as femorais são mais difíceis de curar que as inguinais¹⁰. Sanchez-Bustos *et al.*³⁰ não apontaram diferença entre a recorrência pelas vias alta ou baixa, ficando entre 2 e 22% de uma maneira geral. Hachisuka⁸, em reparos eletivos com tela, relatou 2% de recorrência.

Preconizou-se que o seguimento dos pacientes submetidos à herniorrafia femoral seja o mais longo possível, por mais de 5 anos^{14,31}, pois praticamente 40% das recidivas ocorrem após esse período¹⁴. Pioner *et al.*³⁹ constataram que 30 a 40% das hérnias recidivam nos primeiros 2 anos (recidiva precoce), 50 a 60% em 5 anos e 20% após 15 a 25 anos, com a recorrência precoce normalmente indicando problemas técnicos e a recidiva após 2 anos relacionando-se às condições do paciente.

Respeitante às recorrências das herniorrafias no HF, somente pôde-se observar que o acompanhamento dos pacientes após alta hospitalar ficou prejudicado porque os mesmos não retornaram para reavaliações a longo prazo, a maioria delas tendo sido feita até 2 anos de pós-operatório. Desta forma, apesar da taxa de recorrência ter sido de 4,62% (3 casos), não se pôde tomar tal valor como real.

Na caracterização dessas recorrências, houve uma hérnia inguinal não especificada com 2 anos de pós-operatório numa mulher de 74 anos portadora de DBPOC, cuja operação foi eletiva; uma hérnia femoral após 12 dias da operação numa mulher de 69 anos portadora de DBPOC e hérnia inguinal associada, com encarceramento de omento; e outra hérnia femoral no 50º dia de pós-operatório numa mulher de 59 anos com seqüela de AVC e encarceramento de omento de uma hérnia já recidivada. Nos 3 casos a técnica empregada foi a de Lotheissen sem uso de tela, sem complicações trans ou pós-operatórias.

6. CONCLUSÕES

1. O estudo mostra a hérnia femoral acometendo basicamente indivíduos do sexo feminino, acima de 30 anos; ocorrendo de forma primária, do lado direito da parede abdominal, sem hérnias associadas e com omento e intestino delgado como os principais conteúdos;
2. Quase metade das operações analisadas ocorre em caráter de urgência/emergência;
3. Nesta pesquisa os idosos são operados mais de urgência/emergência ($p=0,0619$), têm mais estrangulamento herniário ($p=0,0221$) e são mais acometidos por doenças concomitantes ($p=0,0007$) que os mais jovens. Nestes, os com doenças concomitantes têm mais complicações pós-operatórias que os sem ($p=0,0324$);
4. A técnica operatória de eleição na casuística apresentada é a de Lotheissen (conhecida como de McVay), sem o uso de tela de polipropileno; com taxa de recorrência baixa no pós-operatório imediato.

7. NORMAS ADOTADAS

1. NORMATIZAÇÃO PARA OS TRABALHOS DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA. Resolução Nº 001/2001 do Colegiado do Curso de Graduação de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina conforme aprovado em 05 de julho de 2001.
2. d'Acampora AJ, Silva CAJ, Pinheiro CEA, Araújo EJ, Galego GN, Ely JB, et al. Investigação experimental: do planejamento à redação final. 1ª ed. Florianópolis (SC): Papa Livros; 2001.
3. DeCS – Descritores em Ciência da Saúde. São Paulo, Bireme, 1992.
4. International Committee of Medical Journal Editors. Uniforme requirements for manuscripts submitted to biomedical journal. Ann Intern Med 1997; 126:36-40.
5. Johnson RA, Wichern DW. Applied Multivariate Statistical Analysis, 4ª ed. USA: Prentice Hill; 1998.
6. Bireme – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde. BIREME, 1992.111p.
7. Terminologia Anatômica. 1ª ed. São Paulo (SP): Manole; 2001.

8. REFERÊNCIAS

1. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. 3ª ed. Curitiba: Ferreira; 2004. Positivo; p. 1032.
2. Blakiston dicionário médico. 2ª ed. São Paulo: Osol; 1990. Andrei; p. 512-3.
3. Goffi FS, Soares AS. Cirurgia da hérnia femoral. In: Goffi FS. Técnica cirúrgica. 3ª ed. São Paulo: Atheneu; 1990. p. 613-9.
4. Fermer A, Staubesand I. O abdomen. In: Putz R, Pabst R, editores. Sobotta atlas de anatomia humana. 18ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982. Vol 2. p. 107-10.
5. Nyhus ML, Bombek CT. Hérnias. In: Sabiston DCJ, Lysterly HK, editores. Tratado de cirurgia. 1ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1979. Vol 1. p. 1262-80.
6. Monro A. Hernia crural: el acceso inferior. In: Nyhus LM, Harkins HN, editores. Hernia. 1ª ed. Buenos Aires: Intermédica; 1967. p. 269-79.
7. Guillamondegui JH. Hernia crural: vias de abordaje. Pren Med Argent 1967; 54(13):578-84.
8. Hachisuka T. Femoral hernia repair. Surg Clin North Am 2003 Oct;83(5):1189-205.
9. Maingot R. The choice of operation for femoral hernia, with special reference to McVay's technique. Br J Clin Pract 1968 Aug;22(8):323-9.
10. Koontz AR. Comentario especial: hernia crural. In: Nyhus LM, Harkins HN, editores. Hernia. 1ª ed. Buenos Aires: Intermédica; 1967. p. 310-1.
11. Lex A. Hérnias crurais. In: Raia AA, Zerbini EJ, editores. Alípio Corrêa Netto Clínica cirúrgica. 4ª ed. São Paulo: Sarvier; 1988. Vol. 4. p. 59-61.
12. Nicholson S, Keane TE, Devlin HB. Femoral hernia: an avoidable source of surgical mortality. Br J Surg 1990;77:307-9.
13. Chaves SR, Henriques PR. Hérnia femoral: bases anatômicas para sua maior incidência à direita. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo 1993 Mar-Apr;48(2):87-90.
14. Halverson K, Mc Vay CB. Inguinal and femoral hernioplasty. Arch Surg 1970;101:127-135.
15. Lytle WJ. La operacion inferior o baja para la hernia crural. In: Nyhus LM, Harkins HN, editores. Hernia. 1ª ed. Buenos Aires: Intermédica; 1967. p. 280-4.
16. Gallegos NC, Dawson J, Jarvis M, Hobsley M. Risk of strangulation in groin hernias. Br J Surg 1990;78:1171-3.
17. d'Acampora AJ, Silva CAJ, Schmidt EM, Alves E. Hérnias inguinais: análise de 189 herniorrafias. Arq Cat Med 1992;21(2/3):151-6.
18. d'Acampora AJ, Silva CAJ, Zanini JC, Nogueira NLC. Hérnia crural: estudo de 22 pacientes. Arq Cat Med 1994;23(3):199-203.
19. Abdalla P, Pereira JCS, Rocha HE, Kabouk N, Nepomuceno MC. Hérnias abdominais: análise de incidência em 2000 casos. Rev Col Bras Cir 1981;2:67-9.

20. Uriburu JV, Bernardello ETL. Hernia crural: operacion por via crural. In: Nyhus LM, Harkins HN, editores. Hernia. 1ª ed. Buenos Aires: Intermédica; 1967. p. 288-95.
21. Makuria T, Alexander-Williams J, Keighley MRB. Comparison between general and local anaesthesia for repair of groin hernias. Ann R Coll Surg Engl 1979 Jul;61(4):291-4.
22. Balbinot AL, Espíndola MB, Junqueira G, Amaral RL. Hernioplastia inguinal e femoral com anestesia local em nível ambulatorial. Rev Col Bras Cir 1997 Jun;24(6):427-30.
23. McVay CB. Hernioplastia crural: el acceso inguinal. In: Nyhus LM, Harkins HN, editores. Hernia. 1ª ed. Buenos Aires: Intermédica; 1967. p. 296-309.
24. Tanner NC. El acceso inferior para la hernia crural. In: Nyhus LM, Harkins HN, editores. Hernia. 1ª ed. Buenos Aires: Intermédica; 1967. p. 284-8.
25. Nyhus LM. Comentario editorial. In: Nyhus LM, Harkins HN, editores. Hernia. 1ª ed. Buenos Aires: Intermédica; 1967. p. 279-80.
26. Glassow F. Femoral hernia. Review of 2,105 repairs in a 17 year period. Am J Surg 1985 Sep;150(3):353-6.
27. Wheeler MH. Femoral hernia: analysis of the results of surgical treatment. Proc R Soc Med 1975 Mar;68(3):177-8.
28. Berliner SD. The femoral cone and its clinical implications. Sur Gyn & Obst 1990;171:111-4.
29. Allen PIM, Zager M, Goldman M. Elective repair of groin hernias in the elderly. Brit J Surg 1987;74:987.
30. Sanchez-Bustos F, Ramia JM, Ferrero FF. Prosthetic repair of femoral hernia: audit of long term follow-up. Eur J Surg 1998;164:191-3.
31. Pires PWA, Mittlestaedt WEM, Fujimura I, Cunha JC, Branco PD, Speranzini MB, et al. Hérnias inguino-crurais. Rev Pau Med 1986;104(4):203-8.
32. Halverson K, McVay CD. Inguinal and femoral hernioplasty. Arch Surg 1970;101:127-35.
33. Pitrez FAB, Pioner SR, Lemchen H, Irigaray JH, Silva DN. Aspectos atuais da herniorrafia no idoso. Rev Col Bras Cir 1999;27(1):45-9.
34. Miller AR, Van Heerden JA, Naessens JM, O'Brien PC. Simultaneous bilateral hernia repair. Ann Surg 1991;213(3):272-6.
35. Gilbert AI. Hernia repair in the aged and infirmed. J Flor Med 1988;75(11):742-4.
36. Bendavid R. New techniques in hernia repair. World J Surg 1989;13:522-31.
37. Franco SC, Neto MV. Considerações sobre o tratamento das hérnias inguinais e crurais pela técnica de Anson-McVay (herniorrafia com o ligamento de Cooper). Rev Paul Med 1957;50:444-50.
38. Tinckler LF. Primary prosthetic inguinal hernioplasty. Ann R Coll Surg Eng 1985;67:168.
39. Pioner SR, Pitrez FAB, Pioner GT. Herniorrafia pré-peritoneal para hérnias da região inguinal. Rev Col Bras Cir 1995;22(3):142-6.
40. Caldwell T. Médico de homens e de almas. 25ª ed. Rio de Janeiro: Record; 1998.

APÊNDICE

Protocolo

Hospital Florianópolis

Serviço de Cirurgia Geral

Responsáveis: Armando d'Acampora, Aldemar Lopes, Ricardo Russi, Jairo Vieira

Protocolo para Hérnias Femorais

Nome:

Registro:.....DN: / / Sexo: M () F () Cor: B () P () Data: / /

Naturalidade:.....Procedência: Profissão

Cirurgião:

Recidiva: Sim () Não () Quantas:

Doenças associadas: Prostatismo () Constipação () Cardiopatia () Pneumopatia ()

Outras

Hérnias associadas: Hérnia epigástrica () Outras:

Cirurgia: Eletiva: Sim () Não () Emergência: Sim () Não ()

Encarceramento () Estrangulamento () Richter () Littre ()

Localização: Direita () Esquerda () Bilateral ()

Elementos envolvidos no saco/conteúdo herniário: Bexiga () Delgado () Apêndice ()

Ceco () Sigmóide () Bexiga () Omento () Outros:.....

Técnica utilizada:

Mac Vay () Bassini () Lichtstein () Marcy () Outra ()

Descrição:

.....
.....
.....
.....

Ressecção intestinal: Sim () Não () Técnica utilizada:.....

Tipo de sutura: Algodão () Seda () Mononylon () Prolene () Mersilene () Linho ()

Outros:

Uso de tela: Sim () Não ()

Sonda vesical pós-operatória: Sim () Não ()

Complicações Trans-operatórias: Lesão de Bexiga () Intestino delgado () Vascular ()

Cordão inguinal () Vasos Espermáticos () Outras:.....

Complicações Pós-operatórias: Cardiovascular () Pulmonares () Tromboembólica ()

Abscesso de parede () Seroma () Hematoma () Edema de Bolsa escrotal ()

Recidiva da cirurgia: depois de quanto tempo:.....

Tempo de permanência hospitalar:.....dias.

Tipo de anestesia: Geral () Peridural () Raque () Outras:.....

Combinação com opióide: Sim () Não ()

TABELA 1 – Doenças concomitantes referidas pelo paciente ou evidenciadas durante o período de internação

Doenças	Pacientes
Hipertensão arterial sistêmica	11
Doença broncopulmonar obstrutiva crônica	07
Enfraquecimento do assoalho pélvico	04
Seqüela de acidente vascular encefálico	04
Diabetes melito	03
Distúrbios do ritmo cardíaco	03
Infecção urinária	03
Afecções anorretais	02
Distúrbios de condução cardíaca	02
Epilepsia	02
Insuficiência cardíaca	02
Isquemia cardíaca	02
Prostatismo	02
Valvulopatias	02
Varizes de membros inferiores	02
Artrite reumatóide	01
Erisipela	01
Hidrocele	01
Hipotireoidismo	01
Insuficiência renal crônica	01
Litíase urinária	01
Pneumonia	01
Nenhuma	27
Total	61

Fonte: SAME do HF, Florianópolis SC, 2004